

Резюме

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ
ОБОЛОНКИ ШЛУНКУ І
ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ
З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ
ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Гоженко А.І., Ковалевська Л.А.,
Кучер О.В., Ковалевська К.С.І

При обстеженні пацієнтів з ХОЗЛ II та III ступеню практично у всіх були виявлені ураження слизової гастродуоденальної зони, і клінічно їх перебіг був практично безсимптомний. Були виявлені хронічний гастрит (39,5 %), ГСОД (4,7 %), ГЕРХ (2,3 %), ерозивні ураження (32,6 %), язви шлунку та ДПК (11,6 %), атрофічний гастрит (16,3 %). Ці ураження асоціюються з індексом курця, наявності ураження ШКТ в анамнезі, прийомом глюкокортикостероїдів. Чим більший стаж паління, чим важкіший перебіг ХОЗЛ, тривалий прийом системних глюкокортикостероїдів, тим частіше були виявлені ерозивно-язвенні зміни слизової оболонки шлунку і ДПК.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, гастродуоденальна патологія, куріння.

Summary

FEATURES OF GASTRIC AND DUODENAL
MUCOSA LESIONS IN PATIENTS WITH
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY
DISEASE

Gozhenko A.I., Kovalevska L.A.,
Kucher O.V., Kovalevska K.S.

During medical examination of patients with II and III COPD stage there were determined gastroduodenal zone lesions. Their clinical course was practically symptomless. There were determined chronic gastritis (39,5 %), hiatal hernia (4,7 %), GERD (2,3 %), erosive lesions (32,6 %), gastric and duodenal ulcers (11,6 %), atrophic gastritis (16,3 %). These disorders were associated with smoker's index, history of GIT disorders, glucocorticoids administration. The longer is smoking experience the more severe is COPD course, as well as long systemic glucocorticoids intake increases amount of stomach and duodenum mucous erosive-ulcerous changes.

Key words: chronic obstructive pulmonary diseases, gastroduodenal pathology, smoking.

Впервые поступила в редакцию 21.05.2013 г.

Рекомендована к печати на заседании

редакционной коллегии после рецензирования

УДК 617.53-009.7-053.2-08

СИНДРОМ БОЛЮ У ШИЇ У ДІТЕЙ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Величко В.І., Савицький І.В., Стоєва Т.В., Свірський О.О.

Одеський національний медичний університет

У статті представлені сучасні погляди на проблему болю у шиї у дітей в практиці сімейного лікаря. Висвітлено дискусійні питання щодо етіологічних факторів. Запропонована диференціальна діагностика станів, які є провокуючими біль у шиї, також викладено принципи надання медичної допомоги вдома.

Ключові слова: біль у шиї, діти, сімейний лікар

Біль у шиї останнім часом у дітей дуже часта скарга, і першим, хто зустрічається із цією проблемою є сімейний лікар. Вона зустрічається в будь-якому віці. У певному окремо взятому моменті часу у кожного десятого дорослого бо-

лить шия. Так як дослідження в цій області продовжують розширюватися і стають все більш суперечливими, необхідно їх критично оцінити і проаналізувати. Досягнення епідеміології болю у дітей та підлітків все ще залишаються незначни-

ми, а результати недостатньо достовірними.

«Біль у шиї» (цервікалгія) — це болісні відчуття на тильній стороні голови і зазвичай в задній частині шиї, починаючи від потиличної області, до верхніх країв лопаток, а також біль в області від правого до лівого плеча, може віддавати в голову, плечі і грудну стінку, можливі напруга м'язів шиї і обмеження рухів голови. В даний час число скарг дітей та підлітків на такі болі ростуть із загрозливою швидкістю.

Болі в області шиї можуть виникати з багатьох причин, але вагоміша з них — ригідність м'язів шиї. Ригідність м'язів шиї характеризується мимовільним спазмом, який обмежує її пасивне згинання. Хоча ригідність м'язів шиї може мати безліч причин, однією з них може бути подразнення мозкових оболонок у зв'язку з інфекційним процесом, тому стан пацієнтів необхідно оцінювати терміново з метою виключення менінгіту. Іншими поширеними причинами виникнення ригідності м'язів шиї можуть бути спазми і дистонія. Також біль у шиї у дітей може з'явитися при шийному лімфаденіті. Крім цього, причиною болісних відчуттів в шиї можуть бути інфекційні захворювання, такі як: остеомієліт, поліомієліт. Багато вірусних інфекцій провокують запалення вуха, мигдалин, іноді запалення нирок, особливо захворювання дихальних шляхів та можуть викликатись ознаками менінгізму, що в свою чергу обумовлює біль в шиї [3, 9].

Запальні процеси в грудинно-ключично-соскоподібному м'язі можуть провокувати біль при повороті голови. Причини цих процесів можуть бути різні: родова травма, скутість м'язів шиї, неправильний розвиток шийних хребців. Так, вроджена кривошия — пошкодження м'язів шиї, зазвичай з одного боку, та порушення провідних шляхів до скорочення грудинно-ключично-соскоподібного м'язу і встановленню голови з нахилом в уражену сторону і поворотом її в здорову. Кривошия, внаслідок спазму м'язів,

так само супроводжується болісністю [1, 8].

Крім того, причинами болю у шиї також можуть бути: вроджені деформації шиї, міозит, дитячий церебральний параліч, побічна дія ліків, стрес. Наприклад, міозит, який може виникати при незручному положенні шиї у сні або при застуді, теж проявляється різким болем у шиї при повороті голови. У дітей, як і у дорослих, біль у шиї може з'являтися при таких захворюваннях, як новоутворення, абсцеси, внутрішньочерепні крововиливи, ревматоїдний артрит, остеохондроз шийного відділу хребта, між хребцеві грижі цього ж відділу, пошкодження між хребцевих суглобів, травми шийного відділу, як зв'язок, так і м'язів. Болісність в шиї у дітей може з'являтися при такому контагіозному захворюванні, як епідемічний паротит, коли спостерігається збільшення слинних залоз за рахунок їх запалення [2, 4, 5, 7, 8].

До виникнення болів у шиї можуть призвести не тільки вже сформовані захворювання хребта, але і деякі повсякденні ситуації: тривале перебування в одній, особливо неправильній, позі (навантаження на хребет при цьому посилюється, м'язи знаходяться в постійній напрузі, що призводить до їх спазму і появи болю); переохолодження м'язів також може викликати їх спазм, який призводить до порушення кровообігу; незручне ліжко; вимушене положення за комп'ютером чи за столом; надмірна маса тіла теж дає велике навантаження на хребет і м'язи; сильні емоційні перенапруги викликають відчуття втоми і болючість в області шиї; різкі, надмірні рухи, які призводять до розтягування м'язів і відповідно до болів.

Рідко причинами болісності в шиї виступають: мієлопатія, ревматична поліміалгія, фіброміалгія, ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондиліт, хвороби щитовидної залози, пухлини стравоходу і сторонні тіла в ньому, переломи хребців.

Діти схильні перебільшувати свій біль або якісь інші симптоми заради того,

щоб їм приділили більше уваги [9]. Треба відзначити, що навіть психічні зміни, депресія можуть послужити причиною появи болісних відчуттів у шиї [1].

У більшості індивідумів з болем у шиї причина невідома, але практично завжди вона проходить без лікування. Однак для виключення більш серйозного стану необхідний збір анамнезу та фізикальне обстеження. Так, при епідемічному паратиті виявляється гіпертермія, збільшення привушних слинних залоз, їх хворобливість. Процес може переходити на підщелепні і під'язикові залози. При цьому може виникнути набряк гортані і м'якого піднебіння. З'являються труднощі при жуванні, ковтанні і навіть при диханні. При менінгіті у старших дітей підвищується температура тіла, з'являються сильний головний біль, нудота, блювота, світлобоязнь, напруга м'язів потилиці. Грудні діти можуть голосно і монотонно плакати, у них вибухає джерельце, голова закинута, можливі судоми, блювота. При вродженій кривошії під час спроби вивести голову в правильне положення відчуються опір і болючість. Вроджена м'язова кривошия ймовірно, асоційована з родовою травмою: грудинно-ключично-соскоподібний м'яз розтягується в пологах, викликаючи утворення гематоми, внаслідок чого відбувається спазм грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, можливий розвиток фіброзу грудинно-ключично-соскоподібного м'яза; пошкодження плечового сплетіння. Доброякісна пароксизмальна кривошия: виникає у немовлят і дітей раннього віку, має гострий початок, супроводжується блідістю і блювотою, можливо є клінічним варіантом мігрені. М'язовий спазм: може виникати після тривалої дії холодового чинника, наприклад, вітру. Дистонічна реакція є наслідком застосування антипсихотиків, метоклопраміду, прохлорперазину, тріметобензаміду, можливо є ознакою рухових порушень, таких як Myastheniagravis або хорея Гатчінгтона. Інфекції в області голови та шиї, ЛОР-органів: за наявності шийного аденіту, мастоїдиту, отиту, атланта-аксі-

ального підвивиху асоційованого зі синдромом Дауна, ахондроплазією, може бути наслідком перелому, інфекції або пухлини шийного відділу хребта. Наслідки інфекції верхніх дихальних шляхів можуть виникати у дітей раннього віку, ретрофарінгеальний набряк відсуває атланта-аксіальне зчленування. Очна кривошия: — це компенсаторний механізм, що зустрічається у пацієнтів з паралічем блокового нерва або слабкістю верхнього косого м'яза очей. ГЕРХ, грижі стравохідного отвору діафрагми можуть проявлятися у вигляді шийної торсії (також відомої як синдром Сандіфера), Синдром Кліппеля-Фейля. Ригідність потиличних м'язів — це стрес, який примушує м'язи напружуватися і ущільнюватися, і який виникає при хлстовій травмі шиї, менінгіті, енцефаліті, субарахноїдальному крововиливу, заглотковому абсцесі, епіглотиті, вогнищева дистонія, кривошії вродженій чи набутій. Порець, крім ригідності шийних м'язів, супроводжується тризмом, сардонічним сміхом, опістотонусом, м'язовими спазмами. Ригідність потиличних м'язів рідко, але також може спостерігатися при зубному абсцесі у співдружності зі спазми глотки і/або гортані, при хімічному менінгіті, як наслідком спінальної анестезії або люмбальної пункції. Крім того, ще рідше, але можливий цей синдром при пухлині задньої черепної ямки, тиреоїдиті, ревматоїдному артриті, шийному артриті, пневмонії, трихінозі, хворобі Шагаса, Гоше у немовлят, хворобі кленового сиропу, ядерній жовтяниці, а також при інтоксикаційному синдромі при прийомі фенотіазинів, стрихніну та при отруєнні ртуттю, метанолом і при гіпервітамінозі А [3, 4, 7, 9].

Звертаємо увагу, що болі в передній частині шиї, швидше за все, викликані болем у горлі або набряканням лімфатичних вузлів. Часто причиною болю в шиї у дітей є запалення грудинно-ключично-соскоподібного м'яза. М'язи шиї затиснуті, можливо, в результаті родової травми. Голова дитини не здатна повертатися в один бік, і м'язи на шиї з цього боку

можуть набути болісну чутливість.

Раптовий простріл у шиї у старших дітей є зазвичай наслідком м'язового спазму. Часто дитина прокидається з болем у шиї, звичайно з одного боку. Причина цього невідома, хоча іноді це може бути спровоковано сидінням на протязі. Через біль дитина повертає і нахилиє голову набік; м'язи шиї з цього боку будуть натягнутими і болісно чутливими. Також, раптовий простріл у дитини, частіше може супроводжувати вушний біль або може бути викликаний запаленням лімфовузлів на шиї.

Кривошия, або тортіколіс (часто звана «ригідна шия») — болісний стан, при якому дитина тримає голову в вимушеному положенні або похило. Через біль нормальне положення голови неможливе, або можливе тільки на короткий час. Є вроджена кривошия або неонатальна. У результаті захворювання відбувається скорочення і фіксація скорочених м'язів, формується контрактура, створюється вимушене положення голови. У деяких випадках захворювання може не бути очевидним для батьків, поки дитина не досягне 3 або 4 років, а шия не виросте і не подовжиться. Кривошия іноді поєднується з дефектом кульшового суглоба, що викликає утруднення та уповільнення ходьби, або ходьбу з кульгавістю. Якщо вроджену кривошию вчасно не лікувати (до 10-річного віку), то обличчя дитини може стати асиметричним. Уражена сторона стає коротшою за протилежну, де лицьові м'язи через постійну напругу розтягуються і подовжуються. М'язи шиї будуть постійно пошкоджуватися, і може розвинутися прогресуюче викривлення шиї і обмежений рух головою [8].

При болях в області шиї необхідно виключати новоутворення. Локалізація пухлин (передня поверхня шиї, бокова поверхня шиї, область щок) обумовлює три напрямки диференціального діагнозу: запальний процес, вроджена патологія і неоплазія. Целюліт може швидко прогресувати до утворення небезпечного абсцесу при відсутності терапії. Дифе-

ренціальний діагноз: лімфаденопатія – це запальний генез пухлиноподібного новоутворення в області шиї найбільш поширений в педіатричній практиці, вірусний або бактеріальний аденіт, моноклеоз, хвороба котячої подряпини, туберкульоз, ураження атипівими мікобактеріями, гранулематоз (саркоїдоз і т.д.), лімфома (найбільш часта злоякісна пухлина області шиї), хвороба Кавасакі, метастатичні ураження. Гемангіома: найбільш часта доброякісна пухлина шиї — швидко зростання, потім спонтанна інволюція. Судинна мальформація: лімфатична мальформація (лімфангіома, кістозна гідрома), венозна мальформація, артеріовенозна мальформація. Кіста зябрової щілини: першої (I та II типів), другий (найбільш поширена локалізація), третьої. Преаурикулярна кіста: розташована наперед від козелка. Щито-під'язикова кіста: найбільш поширене вроджене пухлинне утворення серединної лінії, піднімається при акті ковтання. Пухлина щитовидної залози. Ектопія щитовидної залози. Пухлина паращитовидної залози. Дермоїдна кіста. Тератома. Ліпома. Кіста вилочкової залози. Ектопія вилочкової залози. Малюкова пухлина грудинно-ключично-соскоподібного м'яза (вроджена кривошия), фіброзні пухлини невідомої етіології. Ларингоцеле: аномальна дилатація шлуночка і мішечка гортані. Пухлина слинної залози: привушної, підщелепної. Парагангліома: пухлина каротидного, яремного, вагального парагангліїв.

Принципи надання медичної допомоги. При кривошиї необхідна фізіотерапія та масаж шиї, а також спеціальні вправи і укладання, які призначає хірург або ортопед. При міозиті або спазмах м'язів шиї лікування полягає у забезпеченні спокою, призначення сухого тепла, масажу, м'якого шийного коміру, знеболюючих засобів. За наявності менінгіту/енцефаліту призначення антибіотики широкого спектру, оцінка неврологічного статусу, дексаметазон здатний поліпшити неврологічний прогноз пацієнта і знизити частоту виникнення глухоти. При субарахної-

дальному крововиливу негайний нейро-хірургічний огляд, оцінити доцільність проведення МР-ангіографії/традиційної ангіографії, фармакологічна терапія церебрального вазоспазму, німодіпін часто застосовується з метою запобігання відстроченої ішемії. При аденіті або зубному абсцесі лікування антибіотиками. При травмі — м'який комір, нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) [6, 7].

При інфікованих ураженнях в області шиї назначаються пероральні антибіотики. Наявність абсцесу вимагає розтину і дренивання, вміст має бути досліджено за допомогою фарбування за Грамом і бактеріологічним дослідження. Хвороба котячих подряпин і інфікування атипovими мікобактеріями не вимагають спеціальної терапії, але процес одужання може протікати місяцями. Вроджені кісти і пухлини підлягають видаленню, у разі приєднання інфекції, видалення відкладається до ерадикації збудника. Гемангіоми підлягають лікуванню тільки, якщо їх розміри призводять до розладу дихання, акту ковтання, викликають тромбоцитопенію. Лімфатичні мальформації носять доброякісний характер, можливо висічення їх в межах здорових тканин, але можливе повторне виникнення. Малюкова пухлина грудинно-ключично-соскоподібного м'яза (вроджена кривошия) зазвичай підлягає фізіотерапевтичним заходам, ЛФК. Холодний абсцес (без болю і лихоманки) підлягає розтину і дрениванню. При обструкції дихальних шляхів необхідна інтубація, тяжка обструкція підлягає трахеостомії.

Якщо ситуація схожа на симптоми остеохондрозу, необхідно частіше міняти положення, більше рухатися, застосовувати спеціальні фізичні вправи, використовувати методи розтягування хребта, масаж, фізіотерапію. У комплекс необхідно включити застосування НПЗЗ. При болях, викликаних тривалим перебуванням в одній позі або переохолодженням, необхідно розтерти область шиї знеболювальним чи зігріваючим кремом та обмотати її теплим шарфом, що не виключає

прийняття НПЗЗ. Рекомендується використовувати зігріваючі компреси [1].

Таким чином, біль у шиї залишається актуальною міждисциплінарною проблемою і становить інтерес для лікарів різних спеціальностей, особливо для сімейних лікарів. Важливо синдромне полегшення болю в шиї та не менш важливо знайти причину цього болю, що інколи буває надто складно.

Література

1. Брэгг Поль. Здоровый позвоночник. — М., 2007. — 127 с.
2. Климовицкий В.Г. Диспластическая нестабильность шейного отдела позвоночника у подростков / Климовицкий В.Г., Усикова Т.Я., Кравченко А.И. // Здоровье ребенка. — 2009. — № 6(21). — С. 43-49.
3. Матхаликов Р.А. Боль в шее/ Матхаликов Р.А. // «Русский Медицинский Журнал» 2013 г, № 3 С. 837-841
4. Полтарацкий Т.В., Кантюкова Г.А. Нестабильность позвоночных сегментов шейного отдела у детей, как причина динамической компрессии позвоночных артерий // Актуальные проблемы детской травма-то-ло-гии и ортопедии. — СПб., 2007. — С. 169-170.
5. Усикова Т.Я., Кравченко А.И., Агарков А.В., Шамардина И.А. Синкопальные состояния у детей с диспластической нестабильностью шейного отдела позвоночника // Український морфологічний альманах. — 2010. — Т. 8, № 3. — С. 224-225.
6. Чичасова Н.В. Новые подходы к лечению болевых состояний в клинической практике / Чичасова Н.В., Звонарев В.В., Цапина Т.Н., Имамединова Г.Р. // Русский Медицинский Журнал (Избранные лекции для семейных врачей).- 2013.- № 3.- С.134-139.
7. Murphy S., Buckle P., Stubbs D. A cross-sectional study of self-reported back and neck pain among English

- schoolchildren and associated physical and psychological risk factors // Appl. Ergon. – 2007. – Vol. 38(6). – P. 797–804.
8. Natarajan A. "Emergency Medicine Journal," Not all cases of Neck Pain With/Without Torticollis are Benign, Natarajan A., et.al., September 2005, 22(9) <http://www.livestrong.com/article/228573-what-are-the-causes-of-neck-pain-in-children/#ixzz2TGIPCSII>
 9. Per Kjaer Neck and Back Pain in Children: Prevalence and Progression Over Time /Per Kjaer, Niels Wedderkopp, Lars Korsholm, and Charlotte Leboeuf-Yde // Musculoskelet Disord. 2011. - № 12. – P.98

Резюме

СИНДРОМ БОЛИ В ШЕЕ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

*Величко В.И., Савицкий И.В.,
Стоева Т.В., Свирский А.А.*

В статье представлены современные взгляды на проблему болей в шее у детей в практике семейного врача. Освещены дискуссионные вопросы относи-

тельно этиологических факторов. Предложена дифференциальная диагностика состояний, провоцирующих эти боли, также изложены принципы предоставления медицинской помощи на дому.

Ключевые слова: боль в шее, дети, семейный доктор

Summary

THE SYNDROME OF NECK PAIN IN CHILDREN IN A FAMILY DOCTOR PRACTICE

*Velychko V.I., Savitsky I.V., Stoyeva T.V.,
Svirsky O.O.*

The paper presents the current views on the problem of neck pain in children in the family doctor's practice. Discussion covered questions regarding the etiological factors. Proposed differential diagnosis of conditions that provoke these pains, also set out the principles of providing medical care at home.

Keywords: neck pain, children, family doctor

*Впервые поступила в редакцию 16.05.2013 г.
Рекомендована к печати на заседании
редакционной коллегии после рецензирования*

УДК 612.211-056.262-053.5

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ СЛЕПЫХ И СЛАБОВИДЯЩИХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Пилькевич Н.Б.

ГУ "Луганский государственный медицинский университет"

Приведены данные по изучению показателей внешнего дыхания слепых и слабовидящих детей младшего школьного возраста (7 – 10 лет). Проводилось исследование 48 детей, из них 23 мальчика и 25 девочек, страдающих дефектами зрения. Сравнительный анализ показал, что дети с нарушениями зрения отстают по: экскурсии грудной клетки как на фазе вдоха, так и на фазе выдоха; окружности грудной клетки, жизненным показателям, ЖЕЛ/ДЖЕЛ, ОФВ1/ДОФВ1, индексу Тиффно, абсолютному и относительному максимальному потреблению кислорода от своих здоровых сверстников, у них более низкий уровень физического развития. Это обусловлено низким уровнем двигательной активности, связанным с основными офтальмологическими и сопутствующими заболеваниями, именно поэтому требуются дополнительные занятия адаптивной физической культурой комплексной коррекционно-оздоровительной направленности. Определена необходимость дальнейшего изучения